

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 29 avril 2024

Composition : Mme BERBERAT, présidente
MM. Neu, juge, et Oppikofer, assesseur
Greffier : M. Addor

Cause pendante entre :

L._____, à U._____, recourante, représentée par le syndicat UNIA
Région Vaud, à Lausanne,

et

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE POUR LE CANTON DE VAUD, à
Vevey, intimé.

Art. 29 al. 2 Cst. ; 6, 7, 8 al. 1, 43 al. 1 et 46 LPGA ; 4 al. 1 et 28 al. 1 LAI

E n f a i t :

A. **a)** Ressortissante serbe, L._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1977, est entrée en Suisse le 20 juin 2013 et a obtenu, ensuite de son mariage, une autorisation de séjour (permis B). Sans formation professionnelle, elle a travaillé à 90 % depuis le 1^{er} janvier 2017 en tant qu'employée de production pour le compte de W._____ SA.

Lors de vacances en Turquie, l'assurée a été victime, le 10 mars 2019, d'un accident au cours duquel elle s'est blessée au dos après avoir chuté dans des escaliers. La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA) a pris en charge le cas.

Dans un rapport du 18 juin 2019 à la CNA, le Dr M._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, a posé les diagnostics de scapulo-dorsalgies droites post-traumatisme sur chute le 10 mars 2019 et de cervico-scapulo-dorso-brachialgies chroniques, avec suspicion de syndrome radiculaire C6 bilatéral à prédominance droite ainsi que de syndrome du défilé thoraco-brachial (TOS [« thoracic outlet syndrome », réd.]) droit dans le cadre d'une hypertonie musculaire. Il a prescrit un traitement médicamenteux et des séances de physiothérapie, tout en recommandant un changement d'activité professionnelle.

A la demande du Dr M._____, le Dr R._____, spécialiste en anesthésiologie et médecin auprès de l'Institut E._____, a procédé à l'examen clinique de l'assurée. Dans son rapport du 27 août 2019, ce médecin a posé les diagnostics de cervicalgies avec irradiation au niveau du membre supérieur droit et rachialgies dorsales, de dysrégulation végétative avec réaction sympathique importante et de céphalées tensionnelles chroniques sans hypersensibilité péricrânienne. Il a relevé que, selon l'intéressée, la douleur principale demeurait au niveau cervical avec des irradiations au niveau de l'épaule droite ; cette douleur déclenchait par moments des fourmillements dans les mains avec

sensation de brûlures dorsales et péjoration des douleurs après les exercices de stretching. Selon le Dr R._____, la cause principale des douleurs provenait de sources musculaires.

Par décision du 1^{er} octobre 2019, la CNA a mis un terme au versement de ses prestations (indemnités journalières et frais de traitement) au 2 octobre 2019, motif pris que les troubles persistants à compter de cette date n'étaient plus dus à l'accident assuré.

b) Le 16 août 2019, L._____ a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'office AI ou l'intimé), dans laquelle elle indiquait avoir réduit son taux d'activité à 50 % depuis le 1^{er} juillet 2019.

Après avoir fait verser au dossier celui de la CNA, l'office AI a, dans le cadre de la procédure d'intervention précoce, informé l'assurée qu'il prenait en charge les frais d'une mesure auprès d'O._____ SA à J._____ du 14 octobre 2019 au 27 mars 2020 consistant en deux modules, à savoir, d'une part, un bilan d'orientation et, d'autre part, une préparation à l'emploi sous forme de stages (communication du 26 septembre 2019).

Ensuite du rapport établi par O._____ SA le 25 juin 2020, l'office AI a avisé l'assurée que des mesures de réadaptation d'ordre professionnel n'étaient pas envisageables au vu de son état de santé, si bien qu'il poursuivait l'instruction de la demande de prestations (communication du 3 juillet 2020).

Dans un rapport du 7 octobre 2020, le Dr M._____ a posé les diagnostics incapacitants suivants :

- exacerbation de scapulo-dorsalgies droites port-infiltration du nerf supra-scapulaire droit le 2 juin 2020, compliqué d'un pneumothorax

- droit traité conservativement, sur plexopathie cervicale superficielle et syndrome du défilé thoraco-brachial neurogène exacerbés ;
- scapulo-dorsalgies droites post-traumatisme sur chute le 10 mars 2019 avec exacerbation de cervico-scapulo-dorso-brachialgies chroniques ; syndrome du défilé thoraco-brachial (TOS) neurogène droit dans le cadre d'une hypertonie musculaire ; suspicion de syndrome radiculaire C6 bilatéral à prédominance droite en 2018 ;
 - tendinopathie du long chef du biceps droit et des fléchisseurs du poignet droit en 2018 ;
 - lombo-inguinalgies droites persistantes après un accident de voiture à haute énergie le 10 août 2013, se soldant par des fractures de l'aileron sacré droit et de la branche ilio-pubienne droite, non déplacées ; neuropathie du nerf ilio-inguinal droit ; dysfonction sacro-iliaque droite.

S'agissant de la capacité de travail, le Dr M. _____ a estimé qu'elle était de 50 % dans l'activité habituelle en raison des conditions dans lesquelles elle s'exerçait (travail à la chaîne réalisé à une cadence soutenue dans un environnement à basse température), tandis que, dans une activité adaptée, elle pourrait atteindre 100 %, en fonction de l'évolution du syndrome du défilé thoraco-brachial et de la plexopathie cervicale.

A la suite d'un avis médical établi le 22 juillet 2021 par la Dre D. _____, médecin auprès du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), selon lequel il convenait de réactualiser les renseignements médicaux au dossier, l'office AI a demandé au Dr M. _____ de répondre à diverses questions (courrier du 23 juillet 2021), ce que celui-ci a fait en date du 24 août 2021. Si les diagnostics incapacitants étaient - sous réserve d'un énoncé légèrement différent - similaires à ceux retenus dans le rapport du 7 octobre 2020, les douleurs et les limitations fonctionnelles de même que la contracture musculaire, en particulier de la ceinture cervico-scapulaire, s'étaient plutôt accentuées depuis lors, ce qui avait conduit le Dr M. _____ à retenir une incapacité totale de travail du 14 décembre 2020 au 1^{er} septembre 2021. En

revanche, il estimait que la reprise d'une activité adaptée à temps partiel était possible entre la fin de l'année 2021 et le début de l'année 2022, à condition qu'elle soit compatible avec les limitations fonctionnelles découlant du syndrome cervico-dorso-vertébral.

Conformément à la demande de la Dre D._____ (avis médical du 7 octobre 2021), l'office AI a réinterrogé le Dr M._____ par questionnaire du 5 janvier 2022, auquel celui-ci a répondu dans un rapport du 14 janvier 2022. Ce médecin y relevait que sa patiente avait développé, en septembre 2021, des paresthésies aux membres inférieurs, ainsi qu'une exacerbation des lombalgies associées à des symptômes urinaires. Les diagnostics affectant la capacité de travail étaient identiques à ceux retenus dans les rapports antérieurs, de même que les limitations fonctionnelles étaient globalement similaires à celles décrites précédemment ; celles-ci consistaient en une limitation de l'endurance (1 à 2 heures par jour au maximum) du tronc et des ceintures scapulaire et pelvienne, ainsi que des mouvements répétitifs des membres supérieurs, le maintien d'une position statique et/ou en porte-à-faux du tronc ou de la nuque, les activités au-dessus du niveau des épaules, à bout de bras, impliquant des ports de charges supérieures à 3-5 kg. Dans une activité respectant ces limitations, le Dr M._____ jugeait que l'assurée disposait d'une capacité de travail de 20 %, estimation susceptible d'être réévaluée au terme de la mise en œuvre de mesures de réadaptation.

S'exprimant sur les rapports médicaux au dossier, la Dre D._____ a conclu en ces termes son avis médical du 8 février 2022 :

« Nous nous étonnons de la persistance d'une incapacité de travail depuis bientôt 3 ans sans qu'il soit possible de comprendre pourquoi une activité respectueuse des limitations fonctionnelles ne soit pas non plus possible depuis tout ce temps ou à très petit taux récemment. Bien que seul un suivi auprès d'un psychologue soit en place, nous nous interrogeons sur la participation d'une atteinte psychique au vu des constatations du médecin antalgiste. Dans ce contexte, nous estimons nécessaire de demander une expertise avec volet de médecine physique et réadaptation et psychiatrique. Un volet de médecine interne ne paraît pas nécessaire dans le contexte d'une unique autre comorbidité somatique (hypothyroïdie qui est substituée) ».

Le 26 août 2022, l'assurée a fait l'objet d'un examen clinique sous l'angle de la médecine physique et de la réadaptation et sous l'angle psychiatrique pratiqué par les Drs S._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, et F._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, tous deux médecins auprès du SMR. Leur rapport du 31 octobre 2022 mentionnait en page 1 qu' « un astérisque dans le texte correspond à une référence versée au dossier par l'examineur » ; il s'agissait des documents suivants résumés sous l'intitulé « documents du dossier » :

- rapport du 21 mars 2016 du Dr M._____, au Dr B._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant ;
- rapport du 21 octobre 2016 du Dr M._____, au Dr B._____ ;
- rapport du 1^{er} juin 2018 du Dr M._____, au Dr B._____ ;
- rapport du 5 décembre 2018 du Dr M._____, au Dr B._____ ;
- rapport du 22 février 2019 du Dr M._____, au Dr B._____ ;
- rapport du 21 mars 2019 du Dr Q._____, spécialiste en neurologie, au Dr M._____ ;
- rapport du 22 mars 2019 du Dr M._____, au Dr B._____ ;
- rapport du 10 mai 2019 du Dr M._____, au Dr B._____ ;
- rapport du 7 juin 2019 du Dr M._____, au Dr B._____ ;
- rapport du 8 juillet 2019 du Dr M._____, au Dr B._____ ;
- rapport du 31 juillet 2019 du Dr M._____, au Dr B._____ ;
- rapport du 28 août 2019 du Dr M._____, au Dr B._____ ;
- rapport du 19 septembre 2019 du Dr M._____, au Dr B._____ ;
- rapport du 9 octobre 2019 du Dr M._____, au Dr B._____ ;
- rapport du 22 novembre 2019 du Dr M._____, au Dr B._____ ;
- rapport du 13 janvier 2020 du Dr M._____, au Dr B._____ ;
- rapport du 12 février 2020 du Dr M._____, au Dr B._____ ;
- rapport du 22 juin 2020 du Dr M._____, au Dr B._____ ;
- rapport du 6 juillet 2020 du Dr M._____, au Dr B._____ ;
- rapport du 29 juillet 2020 du Dr M._____, au Dr B._____ ;
- rapport du 31 août 2020 du Dr M._____, au Dr B._____ ;
- rapport du 25 septembre 2020 du Dr M._____, au Dr B._____ ;
- rapport du 7 décembre 2020 du Dr M._____, au Dr B._____ ;
- rapport du 10 février 2021 du Dr M._____, au Dr B._____ ;

- rapport du 7 mai 2021 du Dr M. _____ au Dr B. _____ ;
- rapport du 18 juin 2021 du Dr M. _____ au Dr B. _____ ;
- rapport du 3 septembre 2021 du Dr M. _____ au Dr B. _____ ;
- rapport du 14 octobre 2021 du Dr M. _____ au Dr B. _____ ;
- rapport du 24 mars 2022 du Dr M. _____ au Dr B. _____ ;
- rapport du 20 mai 2022 du Dr M. _____ au Dr B. _____ ;
- certificat médical du 19 août 2022 établi par le Dr M. _____ « à qui de droit ».

Sur la base de leur examen, les Drs S. _____ et F. _____ ont posé le diagnostic principal – avec répercussion durable sur la capacité de travail – de cervico-scapulo-dorso-brachialgies chroniques dans le cadre d'un léger antélisthesis de C2/C3 avec discopathies étagées prédominant en C5/C6. A titre de diagnostic associé, ils ont retenu des lombalgies communes non déficitaires dans le cadre de discopathies et d'arthrose des articulations postérieures tandis que, sans répercussion sur la capacité de travail, ils ont posé les diagnostics de status après fractures de l'aileron sacré droit et de la branche iliopubienne droite le 10 août 2013 traitées conservativement et de réaction à un facteur de stress sévère (sans précision), actuellement en rémission. Sur le plan rhumatologique, les Drs S. _____ et F. _____ ont estimé que la capacité de travail était de 50 % dans l'activité habituelle dès le 8 avril 2019 (date correspondant à l'arrêt de travail attesté à ce même taux par le Dr M. _____ dans son rapport du 7 octobre 2020) alors qu'elle était entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles suivantes : pas de postures statiques ni en porte-à-faux lombaire, notamment avec les membres supérieurs tenus en avant, pas de port de charges supérieures à 5 kg, pas d'activités prolongées au-dessus de l'horizontale, pas de mouvements répétitifs de flexion-extension, pas de rotation de la colonne vertébrale. En l'absence de diagnostic incapacitant sur le plan psychiatrique, l'assurée ne présentait pas de limitations fonctionnelles, si bien qu'elle disposait d'une capacité de travail entière depuis toujours en toute activité. En résumé, la capacité de travail était de 50 % dès le 8 avril 2019 en tant qu'employée de production auprès de W. _____ SA, alors qu'elle était de 100 % dans une activité adaptée.

Par décision du 4 mai 2023 confirmant un projet de décision du 10 mars 2023, l'office AI a nié le droit de l'assurée à des prestations de l'assurance-invalidité (mesures professionnelles et rente d'invalidité), au motif que, après comparaison des revenus avec et sans atteinte à la santé, elle ne subissait aucun préjudice économique.

Dans un rapport du 25 avril 2023 reçu par l'office AI le 5 mai 2023, le Dr M._____ s'est livré à une analyse de l'examen clinique effectué en août 2022 par les médecins du SMR, au terme de laquelle il a relevé que ses confrères n'avaient pas tenu compte de toutes les données anamnestiques et cliniques pas plus qu'ils n'avaient pris en considération les informations physiologiques ou médicales, que cela soit du point de vue du fonctionnement musculaire ou des limitations fonctionnelles liées au syndrome du défilé thoraco-brachial neurogène.

Dans son avis médical du 22 juin 2023, la Dre D._____ a fait remarquer ce qui suit à propos du rapport précité du Dr M._____ :

« Le Dr M._____ réitère son diagnostic de TOS neurogène, ce qui nous interpelle d'une part car il s'agit d'une atteinte rare, d'autre part car il n'y a eu à aucun moment des investigations telles qu'un ENMG [électroneuromyogramme, réd.] permettant d'objectiver l'activité/l'atteinte nerveuse. Cela nous étonne d'autant plus qu'il insiste sur le suivi de sa patiente depuis 7 ans, malgré cela il n'a pas poussé les investigations plus loin. De même pour la possible compression du plexus brachial, dans ce contexte il semblerait qu'une imagerie type IRM s'impose avant de retenir une cause musculaire (exclure tumeur, adénopathie). Nous relevons également qu'il estime qu'en raison de l'hypertonie musculaire, sa patiente perd en endurance et force et ne peut maintenir des positions prolongées, toutefois durant l'examen clinique SMR, il a été observé que la patiente a pu rester assise durant 1 heure 30 sans montrer aucune attitude antalgique. De plus, nous notons que la péjoration des douleurs s'inscrit dans les suites du projet de décision et que de parfaitement autonome jusque-là, elle aurait ensuite nécessité de l'aide pour chaque activité du quotidien. Ceci a de quoi interpeller d'autant plus que l'examen SMR relevait (p. 23) une discordance entre la gestuelle et les déplacements aisés mais une cotation élevée des douleurs. Pour finir, les limitations fonctionnelles retenues par le Dr M._____ sont globalement superposables à celles que nous avons retenues. Dans ce contexte, en l'absence d'éléments médicaux objectifs nouveaux, nous maintenons les conclusions de l'examen SMR du 26 août 2022 ».

Par décision du 23 juin 2023 annulant et remplaçant celle du 4 mai 2023, l'office AI a entériné son refus de prester. Une lettre d'accompagnement datée du même jour prenait position sur les objections formulées.

B. **a)** Par acte du 23 août 2023, L._____, représentée par le syndicat UNIA Région Vaud, a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal vaudois contre la décision du 23 juin 2023 en concluant, sous suite de frais et dépens, principalement, à son annulation en ce sens que le droit à une rente entière d'invalidité lui est reconnu, subsidiairement, au renvoi de la cause à l'office AI pour complément d'instruction puis nouvelle décision.

Se prévalant d'une violation de la maxime inquisitoire, l'assurée s'est attachée à expliquer qu'il n'était pas possible de conférer une pleine valeur probante au rapport d'examen du SMR du 31 octobre 2022 en raison des lacunes, incohérences et inexactitudes dont celui-ci était entaché. Sur le plan médical, elle a renvoyé aux critiques formulées par le Dr M._____ dans son rapport du 25 avril 2023 à l'endroit de l'examen clinique du SMR du 26 août 2022, tout en soulignant que, selon ce médecin, sa capacité de travail était nulle en raison d'une dégradation de son état de santé. Elle s'est ensuite référée à un nouveau rapport médical établi par le Dr M._____ le 17 juillet 2023 pour expliquer que l'avis de la Dre D._____ du 22 juin 2023 n'était pas susceptible d'emporter la conviction, dans la mesure où les médecins du SMR contestaient l'existence d'un syndrome du défilé thoraco-brachial, alors que celle-ci était dûment attestée par le Dr M._____ dans ses différents rapports. Il était dès lors incompréhensible que le SMR n'ait pas jugé opportun de mettre en œuvre une expertise bi-disciplinaire (rhumatologique et psychiatrique), voire pluridisciplinaire, afin de fournir un éclairage sur cet aspect particulier, ainsi que sur l'évolution de l'état de santé, les limitations fonctionnelles et une éventuelle capacité résiduelle de travail.

b) Dans sa réponse du 3 octobre 2023, l'office AI a relevé que le dossier tel que constitué ne contenait aucun avis médical de nature à mettre en cause les conclusions de l'examen clinique réalisé par le SMR au mois d'août 2022, lequel avait par ailleurs pris en considération l'ensemble des pièces médicales émanant des médecins de l'assurée. Partant, il a conclu au rejet du recours. Il a joint à son écriture le dossier de la cause.

c) Par réplique du 11 octobre 2023, l'assurée a indiqué qu'elle n'avait aucune réquisition à formuler ni de pièces complémentaires à produire ou de nouvelles explications à présenter, si bien qu'elle a renvoyé intégralement à son mémoire de recours du 23 août 2023.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile compte tenu de la suspension du délai durant les fêtes estivales (art. 38 al. 4 let. b et 60 al. 2 LPGA) auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente de l'assurance-invalidité à la suite de sa demande de prestations déposée le

16 août 2019, singulièrement sur le taux d'invalidité à la base de cette prestation.

3. a) Dans le cadre du « développement continu de l'AI », la LAI, le RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) et la LPGA – notamment – ont été modifiés avec effet au 1^{er} janvier 2022 (RO 2021 705 ; FF 2017 2535). En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (ATF 148 V 21 consid. 5.3). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, le régime légal applicable *ratione temporis* dépend du moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est antérieure au 1^{er} janvier 2022, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021.

b) En l'occurrence, bien que la décision litigieuse ait été rendue en 2023, les faits déterminants se sont produits sous l'empire de l'ancien droit. En effet, la demande de prestations a été déposée en août 2019, de sorte qu'un éventuel droit aux prestations prendrait naissance avant le 1^{er} janvier 2022. Le droit à une rente est ainsi régi par les dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021, auxquelles il sera fait référence dans le cadre du présent arrêt.

4. a) L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail

qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

b) L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA).

c) Pour fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

d) Il découle de l'art. 61 let. c LPGA que le juge apprécie librement les preuves médicales, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse, sans être lié par des règles formelles. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut

trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

e) Le juge peut accorder valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assurances aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et la référence citée ; TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2). Il résulte de ce qui précède que les rapports des médecins employés de l'assurance sont à prendre en considération tant qu'il n'existe aucun doute, même minime, sur l'exactitude de leurs conclusions (ATF 135 V 465 consid. 4.7 ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

5. a) En l'occurrence, la recourante a fait l'objet d'exams sur le plan de la médecine physique/réadaptation et de la psychiatrie auprès du SMR, dont les conclusions du rapport d'examen clinique du 31 octobre 2022 ont été suivies par l'intimé pour rendre la décision litigieuse. Aux termes de celle-ci, l'assurée disposait, malgré les atteintes à la santé qu'elle présentait, d'une capacité de travail de 100 % dès le 8 avril 2019 dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles décrites.

b) Les critiques de la recourante énoncées par l'intermédiaire de son conseil à l'encontre du rapport précité, ainsi que celles du Dr M._____, ne sont pas dénuées de fondement. En tous les cas, ce rapport n'emporte pas la conviction en termes de qualité.

aa) En premier lieu, il convient de relever que les Drs S._____ et F._____ ne se sont pas réellement prononcés sur les diagnostics invalidants retenus par le Dr M._____ dans ses rapports des 7 octobre 2020 et 24 août 2021, respectivement exposé pour quels motifs ils ont écarté ces pathologies (cervico-scapulo-brachialgies bilatérales à prédominance droite sur plexopathie cervicale superficielle et syndrome du défilé thoraco-brachial (TOS) neurogène ; exacerbation de lombinguinalgies droites présentes à la suite d'un accident de voiture à haute énergie le 10 août 2013 se soldant par des fractures de l'aileron sacré droit et de la branche ilio-pubienne droite, non déplacées ; tendinopathie du long chef du biceps droit et des fléchisseurs du poignet droit en 2018). S'agissant plus particulièrement du syndrome du défilé thoraco-brachial, les tests pratiqués à cet égard par les médecins du SMR (Adson, chandelier, abaissement du moignon de l'épaule, Roos) se sont révélés négatifs (cf. rapport d'examen clinique du 31 octobre 2022, p. 19), alors qu'une partie d'entre eux (Roos, Adson) était positive lors de l'examen pratiqué par le Dr M._____ le 18 mars 2016 (cf. rapport du 7 octobre 2020). Dans son rapport du 25 avril 2023, le Dr M._____ a expliqué que cette différence était due au fait que les médecins du SMR avaient recherché une composante vasculaire et non neurogène. D'ailleurs, lors des tests effectués au SMR à la recherche d'un TOS, les médecins examinateurs ont relevé l'apparition de douleurs à l'épaule droite et au poignet gauche, ce qui parlerait plutôt, selon le Dr M._____, en faveur d'un TOS neurogène. En outre, la palpation antérieure de l'épaule déclenchait des fourmillements du membre supérieur droit irradiant jusqu'aux deux derniers doigts, ce qui témoignait, selon ce médecin, d'une irritabilité du plexus brachial, corroborant ainsi l'existence d'un syndrome du défilé-thoraco-brachial neurogène. Au vu de ces éléments, on ne peut que regretter que les Drs S._____ et F._____ ne se soient pas déterminés à propos des critiques formulées par le Dr M._____ dans ses

rapports des 25 avril et 17 juillet 2023, l'avis de la Dre D._____ du 22 juin 2023 ne pouvant quoi qu'il en soit se substituer à leur appréciation.

bb) En second lieu, il ressort du rapport établi le 1^{er} juin 2018 à l'attention du Dr B._____ par le Dr M._____ que ce médecin a posé les diagnostics principaux de cervico-scapulo-dorsalgies chroniques avec syndrome du défilé thoraco-brachial (TOS) droit dans le cadre d'une hypertonie musculaire, de tendinopathie du long chef du biceps droit et des fléchisseurs du poignet droit ainsi que de lombo-inguinalgies droites persistantes après un accident de voiture à haute énergie le 10 août 2013 s'étant soldé par des fractures de l'aileron sacré droit et de la branche ilio-pubienne droite, non déplacées, avec une neuropathie du nerf ilio-inguinal droit et une dysfonction sacro-iliaque droite. Dans ce même rapport, le Dr M._____ a estimé que les douleurs présentées par l'assurée étaient essentiellement musculaires pour la partie cervico-scapulo-dorsale dans le cadre de son activité professionnelle, hypertonie elle-même responsable d'un TOS bilatéral intermittent. Outre les examens cliniques effectués par ses soins, le Dr M._____ a uniquement organisé un électroneuromyogramme de la hanche droite à la recherche d'une neuropathie post-traumatique des nerfs ilio-hypogastrique, ilio-inguinal et génito-crural. Or le Dr Q._____ a mis en doute l'existence d'un syndrome du défilé thoraco-brachial au niveau de la cervico-brachialgie droite (rapport du 21 mars 2019 au Dr M._____). De son côté, le Dr R._____ a relevé que la douleur principale était localisée au niveau cervical avec des irradiations au niveau de l'épaule droite, ajoutant que cette douleur déclenchait par moments des fourmillements dans les mains avec sensation de brûlures dorsales et péjoration des douleurs après les exercices de stretching ; ce médecin en déduisait que la cause principale des douleurs provenait de sources musculaires (rapport du 27 août 2019). A l'instar de son confrère, le Dr M._____ a, dans un rapport du 18 juin 2019 à l'intention de la CNA, posé les diagnostics de scapulo-dorsalgies droites post-traumatisme du 10 mars 2019 et de cervico-scapulo-dorso-brachialgies chroniques avec suspicion de syndrome radiculaire C6 bilatéral à prédominance droite et de syndrome du défilé thoraco-brachial droit dans le cadre d'une hypertonie musculaire, impliquant une

contraction pathologique du couple musculaire agoniste-antagoniste. Or, le 9 octobre 2019, le Dr M._____ a indiqué au Dr B._____ qu'il retrouvait une composante mixte au syndrome du défilé thoraco-brachial, à savoir neurogène et musculaire, sans qu'il fût possible de déterminer si la musculature se crispait en raison des douleurs neurogènes ou si les muscles crispaient les nerfs provoquant des douleurs neurogènes. Finalement, dans un rapport du 13 janvier 2020 au Dr B._____, le Dr M._____ a retenu que l'assurée présentait une symptomatologie en lien avec l'hypertonie de la musculature cervico-scapulaire, entraînant à la fois un syndrome du défilé thoraco-brachial neurovasculaire droit, à savoir une atteinte du système nerveux central due à une cause vasculaire, et un probable syndrome D4 avec radiculopathie D4 bilatérale.

cc) En dernier lieu, comme relevé ci-avant, il sied de constater que, à la demande du Dr M._____, le Dr Q._____ a procédé à un électroneuromyogramme de la hanche droite à la recherche d'une neuropathie post-traumatique des nerfs ilio-hypogastrique, ilio-inguinal et génito-crural. Dans son rapport du 21 mars 2019, il semble que le Dr Q._____ ait mis un point d'interrogation après le diagnostic de syndrome du défilé thoraco-brachial au niveau de la cervico-brachialgie droite. Selon le Dr M._____, cela signifierait que son confrère n'avait pas recherché cliniquement un tel syndrome, en sorte que son questionnement ne se fondait pas sur des éléments objectifs et concrets (cf. rapport du 25 avril 2023). Quoi qu'il en soit, en l'état du dossier constitué, il n'est pas possible de confirmer cet élément.

c) Sur le vu de ce qui précède, il convient de retenir que, compte tenu des avis contradictoires au dossier concernant plus particulièrement l'existence et la nature d'un syndrome du défilé thoraco-brachial, il est impossible de les départager sans connaissances médicales spécialisées.

6. Outre les carences affectant l'analyse opérée par l'intimé sur le plan médical, il convient d'ajouter que le rapport d'examen clinique du

SMR du 31 octobre 2022 n'emporte pas non plus la conviction pour des motifs de nature formelle.

a) Tout d'abord, il y a lieu de constater que, sous l'intitulé « Motif de l'examen », les auteurs du rapport d'examen clinique du 31 octobre 2022 semblent partir de l'hypothèse - fausse - que le Dr M._____ est le médecin traitant de la recourante (cf. notamment dans le même sens le compte-rendu de l'entretien du 19 juillet 2019 entre l'assurée et un collaborateur de la CNA), alors qu'il s'agit du Dr B._____ à U._____, auquel des rapports ont été adressés par le Dr M._____ depuis 2016 à tout le moins, et qui n'a au demeurant pas été invité à compléter un rapport médical à l'intention de l'office AI. A cela s'ajoute que l'on ignore pour quelles raisons l'assurée consulte le Dr B._____ tous les trois mois (cf. rapport d'examen clinique du SMR du 31 octobre 2022, p. 17) et si elle présente d'autres diagnostics que ceux pour lesquels elle consulte le Dr M._____.

b) Ensuite, il sied de relever que le rapport d'examen clinique du SMR du 31 octobre 2022 fait état, sous l'intitulé « Documents du dossier » de rapports médicaux avec un astérisque, versés au dossier par l'examineur. Or, à la lecture du dossier produit par l'intimé à l'appui de sa réponse du 3 octobre 2023, on ne peut que constater que les documents en question ne s'y trouvent pas, si bien que l'on ignore de quelle façon les Drs S._____ et F._____ en ont eu connaissance, car aucune explication n'est donnée sur ce point dans leur rapport. Or, le devoir général de tenue des dossiers qui incombe aux autorités est le pendant - découlant de l'art. 29 al. 2 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101) - du droit pour le justiciable de prendre connaissance du dossier et d'obtenir l'administration des preuves pertinentes. Toute autorité a ainsi l'obligation de tenir un dossier complet de la procédure, afin de permettre à toute personne concernée d'en prendre connaissance dans les meilleures conditions et, en cas de recours, de pouvoir le transmettre à l'autorité de recours. Elle est par conséquent tenue de consigner dans le dossier tous les éléments essentiels pour l'issue du litige. La garantie constitutionnelle

à une tenue claire et ordonnée des dossiers oblige les autorités et les tribunaux à veiller au caractère complet de la documentation produite ou établie en cours de procédure. Dans le droit des assurances sociales, l'art. 46 LPGa concrétise le devoir général de tenue des dossiers, en tant que cette disposition impose aux assureurs, lors de chaque procédure relevant des assurances sociales, d'enregistrer de manière systématique tous les documents qui peuvent être déterminants (ATF 138 V 218 consid. 8.1.2 et les références). Par conséquent, en ne versant pas au dossier l'ensemble des rapports médicaux et en n'indiquant pas de quelle manière ces documents ont été requis, l'intimé n'a pas veillé à tenir un dossier complet de la procédure, contrairement aux exigences légales posées par l'art. 46 LPGa et doit en supporter les conséquences.

c) Il convient encore d'observer que, à la lecture du rapport d'examen clinique du 31 octobre 2022, il est difficile de savoir qui, du Dr F. _____ ou du Dr S. _____, est l'auteur de certaines constatations, si bien que la structure de ce rapport se caractérise par un certain manque de transparence. En effet, sous l'intitulé « Vie quotidienne », il est mentionné ce qui suit : « [l']après-midi est plus consacrée aux promenades avec sa fille, à raison de 3 promenades par semaine. Les promenades peuvent durer entre 1 et 3 heures. L'assurée rencontre aussi ses amis, soit le matin pour prendre un café, soit l'après-midi pour prendre un gâteau, un café ou une consommation » (p. 17). Cette indication laisse penser que la recourante est en mesure de faire de longues marches. Du reste, il est écrit en page 24 du rapport précité que l'intéressée « effectue, en moyenne trois fois par semaine, de longues promenades avec sa fille ». Or, on lit ailleurs dans ce même rapport (p. 18) que ces promenades se déroulent comme suit : « [l']assurée se promène avec sa fille 3 fois par semaine, entre 1 et 3 heures, dans le quartier. Parfois, elles prennent une consommation ou s'assoient sur un banc ». A lire les phrases qui précèdent, on ne peut que constater une différence entre faire de longues marches durant 3 heures et se promener dans son quartier, s'asseoir sur un banc et boire un café durant le même laps de temps.

d) Finalement, on ne peut manquer de s'interroger sur le sens et la portée de certaines constatations opérées sur le plan médical. Ainsi, dans la rubrique « [p]laintes ostéoarticulaires », le rapport du 31 octobre 2022 relatait ce qui suit (p. 15) : « [l]a position assise est maintenue au maximum 1 heure 30 en raison des douleurs de la nuque ». Cependant, sous l'intitulé « status ostéoarticulaire », il était relevé que « la position assise est bien tolérée », en se référant selon toute vraisemblance à la durée de l'examen clinique pratiqué par le Dr S. _____. Or la durée de cet examen était inférieure à 1 heure 30 et la position assise n'avait pas été tenue durant tout l'examen puisque la recourante avait dû effectuer divers exercices comme mentionné dans le « status ostéoarticulaire ». Quant à l'état de santé psychique, le Dr F. _____ a posé le diagnostic – sans répercussion sur la capacité de travail – de « réaction à un facteur de stress sévère, sans précision, actuellement en rémission (pas de code CIM) ». Or ce médecin n'a pas spécifié quel événement avait pu causer un stress sévère ou, si cet événement n'était pas identifiable, de quelle manière il avait pu causer un tel stress.

7. a) Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration est en principe justifié lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative ; *a contrario*, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

b) En l'espèce, il appert que les faits pertinents n'ont pas été constatés de manière complète et probante, si bien qu'il convient de compléter l'instruction en vue de déterminer si la recourante présente des atteintes à la santé, en particulier un éventuel syndrome du défilé thoraco-

brachial (TOS), susceptible d'influencer sa capacité de travail. Il se justifie par conséquent d'ordonner le renvoi de la cause à l'office AI - à qui il appartient au premier chef d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales selon l'art. 43 al. 1 LPGA -, cette solution apparaissant comme la plus opportune. Il incombera ainsi à l'intimé de mettre en œuvre une expertise conformément à l'art. 44 LPGA comportant à tout le moins un volet rhumatologique et un volet orthopédique, étant ici expressément réservée la faculté d'y associer, le cas échéant, toute autre spécialité médicale jugée opportune. Cela fait, il appartiendra ensuite à l'intimé de rendre une nouvelle décision statuant sur les prétentions de la recourante.

c) Au vu de l'issue du litige, il n'y a pas lieu de donner suite à la requête de la recourante tendant à la mise en œuvre d'une mesure d'instruction complémentaire sous la forme d'une expertise judiciaire bi- ou pluridisciplinaire.

8. En définitive, le recours, bien fondé, doit être admis, la décision attaquée annulée et la cause renvoyée à l'office intimé afin qu'il en complète l'instruction dans le sens des considérants puis rende une nouvelle décision.

9. a) La procédure de recours en matière de contestations portant sur des prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1^{bis} LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de la partie intimée, vu l'issue du litige.

b) La partie recourante obtient gain de cause et a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA). Il convient d'arrêter cette indemnité à 1'500 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de la mettre à la charge de la partie intimée.

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

- I.** Le recours est admis.

- II.** La décision rendue le 23 juin 2023 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée pour complément d'instruction au sens des considérants puis nouvelle décision.

- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

- IV.** L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à L._____ une indemnité de 1'500 fr. (mille cinq cents francs) à titre de dépens.

La présidente :

Le greffier :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à :

- Syndicat UNIA Région Vaud (pour L. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

Le greffier :